



**Caraterização da perceção de saúde, dos hábitos alimentares e da
insegurança alimentar em famílias socioeconomicamente vulneráveis
residentes no concelho de Ovar**

**Characterization of health perception, eating habits and food insecurity in
socioeconomically vulnerable families from Ovar municipality**

Catarina Alexandra Pinho Pereira

**Orientado por: Prof.^a Doutora Bárbara Beleza de Vasconcelos Monteiro
Pereira**

Coorientado por: Dr.^a Maria Irene Bártolo e Mestre Tânia Frazão

Trabalho de Investigação

1.º Ciclo em Ciências da Nutrição

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

Porto, 2018

Resumo

Introdução: Portugal é um dos países mais pobres da Europa, em que 1/5 da população vive em situação de pobreza e de exclusão social e 10,1% vive em situação de insegurança alimentar. De acordo com o cenário descrito, urge avaliar agregados familiares socioeconomicamente vulneráveis a fim de se estabelecer um plano de intervenção.

Objetivos: Caracterizar a perceção de saúde, os hábitos alimentares e a situação de insegurança alimentar em agregados familiares socioeconomicamente vulneráveis residentes no concelho de Ovar.

Metodologia: Foi elaborado um questionário de administração indireta para avaliar o enquadramento sociodemográfico, a situação de saúde, os hábitos alimentares, a insegurança alimentar e a atividade física de indivíduos maiores de 18 anos, residentes no concelho de Ovar há pelo menos 2 anos e beneficiários de apoios sociais ao abrigo do Regulamento de Ação Social do Município de Ovar (RASMO).

Resultados: Dos 43 inquiridos, a maioria encontrava-se desempregada (44,2%) e vivia com um orçamento familiar mensal inferior a 500€ (60,5%).

Verificaram-se hábitos alimentares inadequados, nomeadamente baixa frequência de consumo de hortofrutícolas e de pescado.

Relativamente a doenças, as mais frequentemente reportadas pelos inquiridos foram hipertensão arterial, doenças gastrointestinais e doenças ósseas.

Um total de 93% dos inquiridos poderá estar a experimentar algum estágio de insegurança alimentar, dos quais 18,6% apresentam insegurança alimentar severa.

Conclusão: Para combater as desigualdades sociais e reduzir a prevalência de insegurança alimentar deverão ser definidas estratégias como a criação de hortas

comunitárias, reformulação do plano de treino de competências alimentares e psicossociais e inclusão de apoios à alimentação no RASMO.

Palavras-Chave: Nutrição, Hábitos Alimentares, Insegurança Alimentar, Vulnerabilidade, Desigualdade Social

Abstract

Introduction: Portugal is one of the poorest countries in Europe, where about one-fifth of the population lives in poverty and social exclusion and 10.1% live in food insecurity. According to the described scenario, it is urgent to evaluate socioeconomically vulnerable households in order to establish an intervention plan.

Objectives: To characterize health perception, eating habits and food insecurity in socioeconomically vulnerable households from Ovar municipality.

Methodology: An indirect administration questionnaire was developed to evaluate the sociodemographic framework, health situation, eating habits, food insecurity and physical activity of individuals older than 18 years, living in the municipality of Ovar for at least 2 years and receiving support under the Regulation of Social Action of Ovar Municipality.

Results: Of the 43 respondents, the majority were unemployed (44.2%) and 60.5% had a monthly family budget of less than € 500.

There were inadequate food habits, including low frequency of fruit and vegetable and fish consumption.

For diseases, the most frequently reported by the respondents were hypertension, gastrointestinal diseases and bone diseases.

A total of 93% of respondents may be experiencing some stage of food insecurity, of which 18.6% are in a severe situation of food insecurity.

Conclusions: To help fight social inequalities and reduce the prevalence of food insecurity strategies should be defined, such as the creation of community gardens, reformulation of the training plan for food and psychosocial skills, and inclusion of food support in Regulation of Social

Keywords: Nutrition, Eating Habits, Food Insecurity, Vulnerability, Social Inequality

Índice

Resumo	i
Abstract	iii
Lista de abreviaturas	vii
Introdução	1
Objetivos	4
População e Métodos	4
Resultados	5
Discussão	13
Agradecimentos	15
Referências Bibliográficas	16
Índice de anexos	19

Lista de abreviaturas

CMO - Câmara Municipal de Ovar

DDSS - Divisão de Desenvolvimento Social e Saúde

DP - Desvio-Padrão

UE – União Europeia

FAO - Food and Agriculture Organization

IAN-AF - Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física

IMC - Índice de Massa Corporal

INE - Instituto Nacional de Estatística

PNPAS - Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável

RASMO - Regulamento de Ação Social do Município de Ovar

X – Média

Introdução

A recessão da crise económica, as desigualdades sociais, a insegurança alimentar e a inexistência do direito humano à alimentação em Portugal são temas e problemáticas com que a sociedade atual se debate^(1,2).

Segundo os últimos dados do Eurostat, em 2016, 23,5% dos europeus viviam em situação de pobreza e de exclusão social e 17,2% estavam em risco de pobreza, sendo este quadro mais prevalente nas mulheres do que nos homens⁽³⁾. Adicionalmente, em 2017, 6,7% da população da União Europeia (UE) vivia em condição de privação material severa^(4,5).

Em 2016 25,1% da população portuguesa vivia em situação de pobreza e de exclusão social⁽³⁾ e, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE)⁽⁵⁾, no mesmo ano, 19,0% dos portugueses e 18,3% da população idosa portuguesa encontrava-se em risco de pobreza. Salienta-se ainda que, desde 2007, as crianças são o grupo etário em maior risco de pobreza, sendo o valor registado sempre superior a 20%. Em 2015, 10,9% da população empregada em Portugal, encontrava-se em situação de vulnerabilidade à pobreza e, no mesmo ano, 42,0% dos desempregados estavam em risco de pobreza⁽⁵⁾. Adicionalmente, em Portugal no ano de 2016⁽⁴⁾, 19,5% da população encontrava-se em situação de privação material e 8,4% em situação de privação material severa.

O enquadramento socioeconómico de Portugal nos últimos 10 anos caracteriza-se por um período de crise económica acompanhado por um aumento do custo e diminuição da qualidade de vida, quadro este que potenciou desigualdades sociais e procura de apoios sociais por parte dos cidadãos mais vulneráveis^(6,7). O estado de vulnerabilidade socioeconómica caracteriza-se por uma elevada prevalência de desemprego, reduzido poder de compra, baixo grau de escolaridade, baixos

rendimentos totais para o agregado familiar e elevada privação material. A estes fatores, associa-se uma elevada prevalência de doenças crónicas, insegurança alimentar e higio-sanitária e reduzida literacia em saúde e alimentação^(8,9).

O conceito de segurança alimentar tem vindo a alterar-se bastante nos últimos 50 anos⁽¹⁰⁾. Se inicialmente era visto como uma correta higiossanidade dos alimentos, atualmente este conceito é visto no âmbito da disponibilidade e acesso a uma alimentação saudável. Se na língua portuguesa o conceito de segurança alimentar abrange as duas dimensões mencionadas⁽¹¹⁾, na língua inglesa o termo *food safety* refere-se às questões higio-sanitárias e o termo *food security* refere-se às questões da disponibilidade e acesso a alimentos saudáveis⁽¹¹⁾. Aplicando neste trabalho o conceito de segurança alimentar na vertente do *food security*, podemos definir segurança alimentar como “situação que existe quando todas as pessoas, em qualquer momento, têm acesso físico, social e económico a alimentos suficientes, seguros e nutricionalmente adequados, que permitam satisfazer as suas necessidades nutricionais e as preferências alimentares para uma vida ativa saudável^(12,13). Neste sentido, o termo insegurança alimentar (*food insecurity*) caracteriza-se por situações em que o acesso a alimentos (na perspetiva da disponibilidade e/ou aquisição) é reduzido ou incerto, em que a alimentação é inadequada do ponto de vista nutricional ou inexistente, representando situações de fome⁽¹¹⁾.

Segundo os dados do Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF), 2015-16⁽¹⁴⁾ (Tabela 1), 10,1% das famílias portuguesas e 8,5% das famílias da região Centro encontravam-se em insegurança alimentar, ou seja, tiveram dificuldade, durante este período, de fornecer alimentos suficientes a toda a família, devido à falta de recursos financeiros; 2,6% das famílias portuguesas indicaram

experimentar insegurança alimentar moderada ou grave, com consequente alteração dos hábitos alimentares e redução do consumo de alimentos. Valores superiores foram reportados por *Gregório e colaboradores* para o ano de 2013 ⁽¹⁵⁾. Segundo os dados o IAN-AF, a prevalência de insegurança alimentar foi maioritariamente registada em agregados familiares com baixos rendimentos, com baixa escolaridade e que incluíam menores de 18 anos de idade.

		Gregório e colaboradores		IAN-AF, 2015-16	
		Nacional (%)	Região Centro (%)	Nacional (%)	Região Centro (%)
Segurança Alimentar		49,3	50,0	89,9	91,5
Insegurança alimentar	Total	50,7	50,0	10,1	8,5
	Ligeira	33,4	39,2	7,5	Não disponível
	Moderada	10,1	7,2	2,6	
	Severa	7,2	3,6		

Tabela 1: Prevalência, expressa em percentagem (%), da insegurança alimentar a nível nacional em 2013 e em 2016^(15,14)

A nível mundial, europeu, nacional e local, várias estratégias e planos de ação têm sido desenvolvidos com o objetivo de diminuir a prevalência e o risco de pobreza e de insegurança alimentar. A nível nacional destaca-se o Projeto Portugal 2020⁽¹⁶⁾ e o Programa Nacional de Promoção de Alimentação Saudável⁽¹⁷⁾. A nível local, em Ovar, destacam-se os vários bancos alimentares e o RASMO⁽⁸⁾.

Considerando os dados sobre pobreza e insegurança alimentar em Portugal, é evidente a necessidade de desenvolver novas estratégias para combater os níveis de pobreza e de insegurança alimentar e, consequentemente, melhorar os hábitos alimentares e as condições higio-sanitárias de agregados em situações de vulnerabilidade.

Objetivos

A presente investigação teve como objetivo geral caraterizar a perceção de saúde, os hábitos alimentares e a situação de insegurança alimentar em agregados familiares socioeconomicamente vulneráveis residentes no concelho de Ovar.

Foram objetivos específicos deste trabalho perceber a influência do rendimento mensal bruto do agregado familiar no acesso a uma alimentação adequada e equilibrada e delinear estratégias para combater os principais promotores de insegurança alimentar na população em estudo.

População e Métodos

A metodologia deste trabalho baseou-se na aplicação de um questionário de administração indireta (Anexo A) elaborado com base na metodologia do IAN-AF, e foi estruturado em 4 grupos de questões: caraterização sociodemográfica e antropometria (peso e altura auto reportados), estado de saúde, hábitos alimentares e insegurança alimentar e atividade física. A aplicação do questionário apenas prosseguiu mediante a autorização de tratamento de dados por consentimento livre e informado do participante (Anexo B).

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão de participantes no estudo: idade igual ou superior a 18 anos, ser residente no concelho de Ovar há pelo menos 2 anos e beneficiar de algum apoio social ao abrigo do RASMO⁽⁸⁾ e outros apoios disponibilizados pela Divisão de Desenvolvimento Social e Saúde (DDSS) da Câmara Municipal de Ovar (CMO).

O questionário foi aplicado em dois momentos distintos: 1) aquando da visita domiciliária a agregados familiares residentes em fogos sociais e incluído no programa de treino de competências alimentares e psicossociais, sendo que o questionário foi aplicado apenas a um elemento do agregado familiar a fim de evitar

enviesamento dos resultados e 2) às quartas-feiras,, dia de atendimento social aos munícipes pelas assistentes sociais da DDSS (12 atendimentos por quarta-feira), considerando que cada munícipe poderia responder apenas 1 vez. A população foi de, aproximadamente, 200 agregados familiares.

Para avaliar o nível de insegurança alimentar considerou-se a resposta à questão 24 do questionário. Se os indivíduos concordavam com a afirmação “Temos sempre os alimentos que queremos e necessitamos disponíveis”, considerou-se estar perante uma quadro de segurança alimentar; Se concordavam com a afirmação “Comemos sempre em quantidade suficiente mas nem sempre o tipo de alimentos que mais desejamos” - Insegurança alimentar ligeira; Considerou-se insegurança alimentar moderada quando afirmaram que “Às vezes não temos alimentos suficientes para comer” e insegurança alimentar grave quando afirmaram que “Há dias em que não fazemos uma das refeições principais devido à escassez de alimentos”.

Os dados obtidos nos questionários foram inseridos e analisados no programa de estatística IBM SPSS Statistics®, versão 25. Testou-se a normalidade das variáveis; determinou-se a média (\bar{x}) e o desvio-padrão (DP) para variáveis cardinais e calcularam-se frequências absolutas (n) e relativas (%) para variáveis nominais. Foi utilizado o teste do Qui Quadrado para comparação de grupos. A hipótese nula foi rejeitada sempre que o nível de significância crítico (p) para a sua rejeição foi inferior a 0,05.

Resultados

De um total de 51 indivíduos contactados, 43 indivíduos (provenientes de 43 agregados familiares distintos) deram o seu consentimento e aceitaram participar no presente estudo. Estes tinham idades compreendidas entre os 19 e os 73 anos

($x=50$, $DP=12,9$), maioritariamente do sexo feminino (81,4%) e de nacionalidade portuguesa (90,7%). Na Tabela 2 encontra-se a caracterização geral da amostra em estudo. A maioria dos inquiridos tinha um baixo nível de escolaridade (56,8% eram analfabetos ou tinham apenas completado o 1.º ciclo do ensino básico); os agregados familiares avaliados apresentavam baixos rendimentos totais para fazer face às despesas mensais (60,5% dos agregados familiares viviam mensalmente com um orçamento familiar inferior ao salário mínimo nacional). A prevalência de agregados familiares numerosos, com 5 ou mais elementos, foi reduzida (14,0%). A maioria da população estudada encontrava-se desempregada (44,2%) ou vivia da reforma e/ou apoios como o Rendimento Social de Inserção (32,6%).

Caraterização da amostra		n	%
Idade	18-29 anos	4	9,3
	30-49 anos	15	34,9
	50-64 anos	19	44,2
	65 ou mais anos	5	11,6
Sexo	Feminino	35	81,4
	Masculino	8	18,6
Nacionalidade	Portuguesa	39	90,7
	Romena	4	9,3
Estado civil	Solteiro(a)	5	11,6
	Divorciado(a)/Separado(a)	10	23,3
	Viúvo(a)	5	11,6
	Casado(a)/União de facto	23	53,5
Escolaridade	Sem escolaridade	7	18,7
	Ensino básico 1º ciclo	16	38,1
	Ensino básico 2º ciclo	8	19,0
	Ensino básico 3º ciclo	8	19,0
	Ensino Secundário ou equivalente	2	4,8
	Ensino superior	1	3,4
Nº de elementos do agregado familiar	1-2	19	44,2
	3-4	18	41,9
	5 ou mais	6	14,0
Filhos	Sim	38	88,4
	Não	5	11,6
Rendimento mensal bruto	Menos de 250€	8	18,6
	251€-500€	18	41,9
	501€-1000€	12	27,9
	1001€-1500€	4	9,3
	Mais de 1500€	1	2,3
Ocupação profissional	Trabalhador(a) por conta de outrem	7	16,3
	Trabalhador(a) por conta própria	3	7,0
	Desempregado(a)	19	44,2
	Reformado(a)/ Pensionista	14	32,6

Tabela 2: Caraterização sociodemográfica da população em estudo.

Relativamente ao estado ponderal (Tabela 3), 30,2% dos indivíduos tinham excesso de peso e 37,2% encontram-se com obesidade. Ainda a respeito do estado ponderal, 60,5% dos inquiridos referiram que o seu peso estava acima do adequado para a altura.

	Estado ponderal	n	%
Índice de massa corporal (IMC)	Baixo peso	0	0,0
	Normoponderal	14	32,6
	Excesso de peso	13	30,2
	Obesidade grau I	10	23,3
	Obesidade grau II	1	2,3
	Obesidade grau III	5	11,6
Perceção da relação peso/altura	Peso está abaixo do adequado para a altura	4	9,3
	Peso é o adequado para a altura	13	30,2
	Peso está acima do adequado para a altura	26	60,5

Tabela 3: IMC em classes calculado e auto-perceção do estado ponderal.

Na Tabela 4 e na Figura 1 encontram-se os dados relativos aos hábitos alimentares. Relativamente ao grupo dos cereais e derivados, destaca-se que 23,8% da amostra referiu consumir produtos açucarados pelo menos 1 vez por semana. Contudo, 59,5% dos inquiridos referiu consumir açúcar de adição diariamente. Relativamente ao grupo dos hortofrutícolas, 23,8% referiram consumir fruta diariamente e 26,2% dos inquiridos referiram consumir hortícolas diariamente, valor inferior ao reportado para o consumo diário de sopa (58,1%) mas próximo do valor reportado do consumo diário de hortícolas no prato (30,2%). Relativamente ao grupo da carne, peixe e ovos, os inquiridos referiram privilegiar o consumo de carnes brancas (69,0% referiram consumir 3 ou mais vezes por semana) em detrimento das carnes vermelhas (26,2% referiram consumir 3 ou mais vezes por semana). Relativamente ao grupo das bebidas, 9,5% referiu consumir sumos e néctares diariamente e 4,8% referiram beber bebidas alcoólicas diariamente, valores semelhantes ao consumo reportado de bebidas às refeições.

	Sazonalmente	Nunca	<1 vez/mês	1-3 vezes/mês	1-2 vezes/semana	3-6 vezes/semana	Diariamente
Pão (branco e/ou de mistura)	0 (0,0)	10 (23,8)	3 (7,1)	6 (14,3)	1 (2,4)	4 (9,5)	18 (42,9)
Produtos açucarados	0 (0,0)	18 (42,9)	7 (16,7)	7 (16,7)	5 (11,9)	2 (4,8)	3 (7,1)
Compotas e/ou marmelada	0 (0,0)	23 (54,8)	6 (14,3)	4 (9,5)	6 (14,3)	3 (7,1)	0 (0,0)
Açúcar de adição	0 (0,0)	8 (19,0)	3 (7,1)	0 (0,0)	3 (7,1)	3 (7,1)	25 (59,5)
Hortícolas	0 (0,0)	6 (14,3)	3 (7,1)	5 (11,9)	12 (28,6)	11 (26,2)	5 (11,9)
Fruta	0 (0,0)	13 (31,0)	7 (16,7)	7 (16,7)	4 (9,5)	10 (23,8)	1 (2,4)
Frutos secos e oleaginosos	4 (9,5)	23 (54,8)	4 (9,5)	4 (9,5)	3 (7,1)	2 (4,8)	2 (4,8)
Carnes vermelhas e/ou gordas	0 (0,0)	17 (40,5)	4 (9,5)	3 (7,1)	7 (16,7)	9 (21,4)	2 (4,8)
Carnes brancas e/ou magras	0 (0,0)	1 (2,3)	3 (7,1)	3 (7,1)	6 (14,3)	26 (61,9)	3 (7,1)
Produtos de charcutaria	0 (0,0)	14 (32,6)	8 (19,0)	11 (26,2)	6 (14,3)	3 (7,1)	0 (0,0)
Produtos Snack	0 (0,0)	13 (31,0)	11 (26,2)	7 (16,7)	5 (11,9)	6 (14,3)	0 (0,0)
Pescado	0 (0,0)	17 (40,5)	6 (14,3)	6 (14,3)	6 (14,3)	5 (11,9)	2 (4,8)
Ovos	0 (0,0)	2 (4,8)	1 (2,4)	6 (14,3)	15 (35,7)	14 (33,3)	4 (9,5)
Leite	0 (0,0)	6 (14,3)	0 (0,0)	5 (11,9)	5 (11,9)	6 (14,3)	20 (47,6)
Iogurtes	0 (0,0)	14 (33,3)	5 (11,9)	9 (21,4)	5 (11,9)	6 (14,3)	3 (7,1)
Queijos	0 (0,0)	14 (33,3)	5 (11,9)	6 (14,3)	10 (23,8)	5 (11,9)	2 (4,8)
Refrigerantes e Néctares	0 (0,0)	22 (51,2)	7 (16,7)	4 (9,5)	2 (4,8)	3 (7,1)	4 (9,5)
Bebidas alcoólicas	0 (0,0)	33 (78,6)	4 (9,5)	1 (2,4)	1 (2,4)	1 (2,4)	2 (4,8)
Café	3 (7,1)	11 (26,2)	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (2,4)	6 (14,3)	20 (47,6)
Manteiga	0 (0,0)	5 (11,9)	5 (11,9)	4 (9,5)	8 (19,0)	6 (14,3)	14 (33,3)
Óleos e Azeite	0 (0,0)	5 (11,9)	4 (9,5)	5 (11,9)	7 (16,7)	3 (7,1)	18 (42,8)

Tabela 4: Caracterização dos hábitos alimentares da população em estudo em frequência

absoluta (n) e relativa (%).

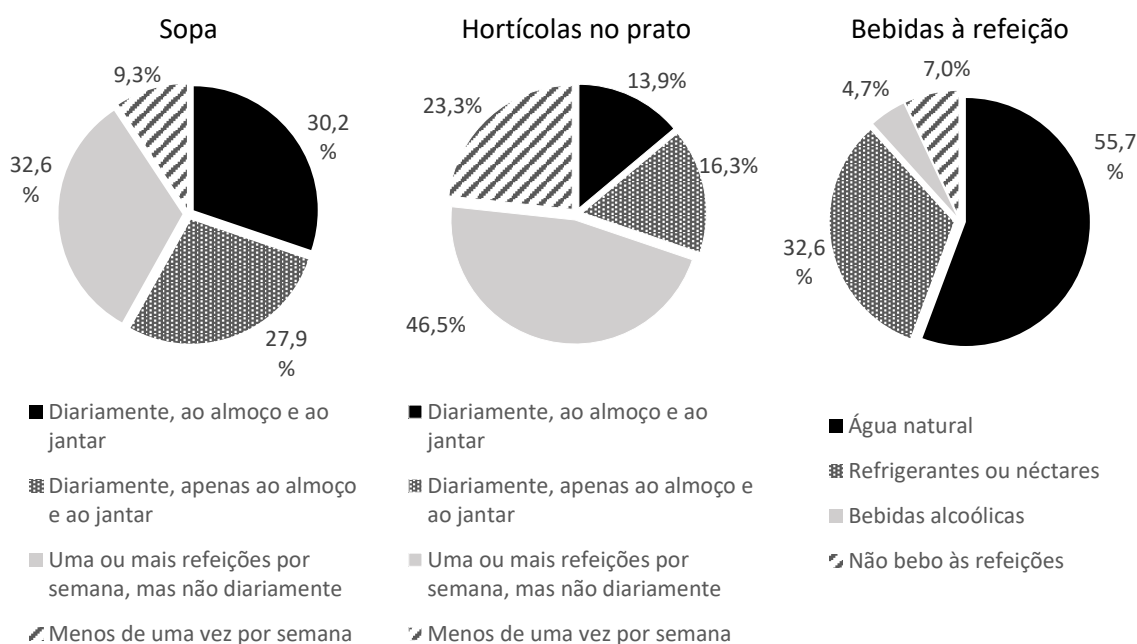


Figura 1: Consumo de sopa, hortícolas no prato e bebidas às refeições, em percentagem (%)

Relativamente à ingestão de sal (Figura 2), a maioria referiu gostar da comida a tender ao insosso (51,2%) e 25,6% dos indivíduos referiram gostar da comida a tender ao salgado. Dos inquiridos, 62,8% referiram preocupar-se com o malefício do sal para a saúde e tentam reduzir a sua ingestão. Em contraste, 32,6% da amostra refere saber que o sal faz mal a saúde, mas não se preocupa com o seu consumo.

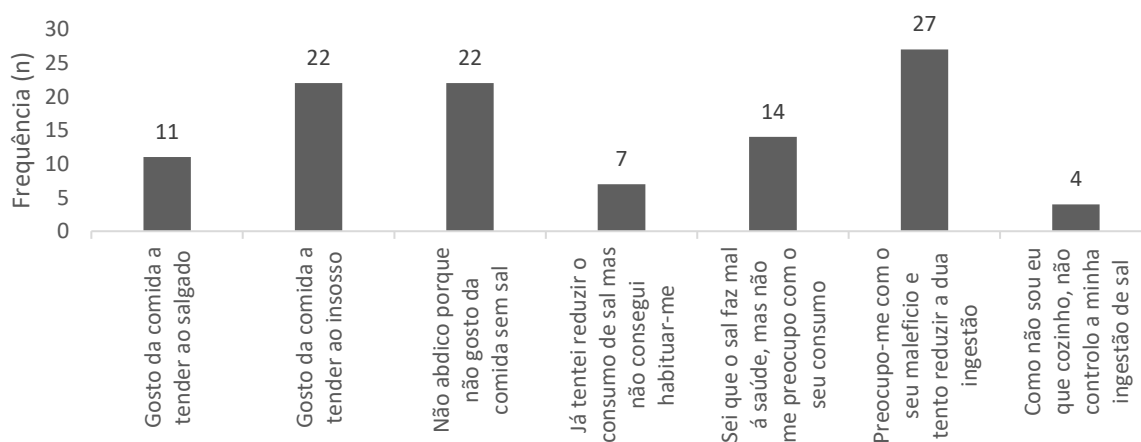


Figura 2: Frequências relativas ao consumo de sal e consciência sobre o seu malefício.

Os dados sobre a percepção de saúde (Tabela 5) demonstram que 25,5% dos inquiridos considerou ter uma saúde boa, sendo que os restantes 74,5% atribuem ou conotação razoável ou negativa à sua saúde. Relativamente à prevalência de doenças (Figura 3), as mais prevalentes são osteopatias (44,2%), hipertensão arterial (39,5%) e doenças gastrointestinais. Salienta-se a prevalência de indivíduos com depressão (20,9%) ou que já sofreram de depressão (18,6%) possivelmente devido ao enquadramento socioeconómico em que se encontram.

	Excelente	Boa	Razoável	Má	Péssima
n	0	11	23	8	1
%	0	25,5	53,5	18,6	2,3

Tabela 5: Percepção do estado de saúde auto reportado.

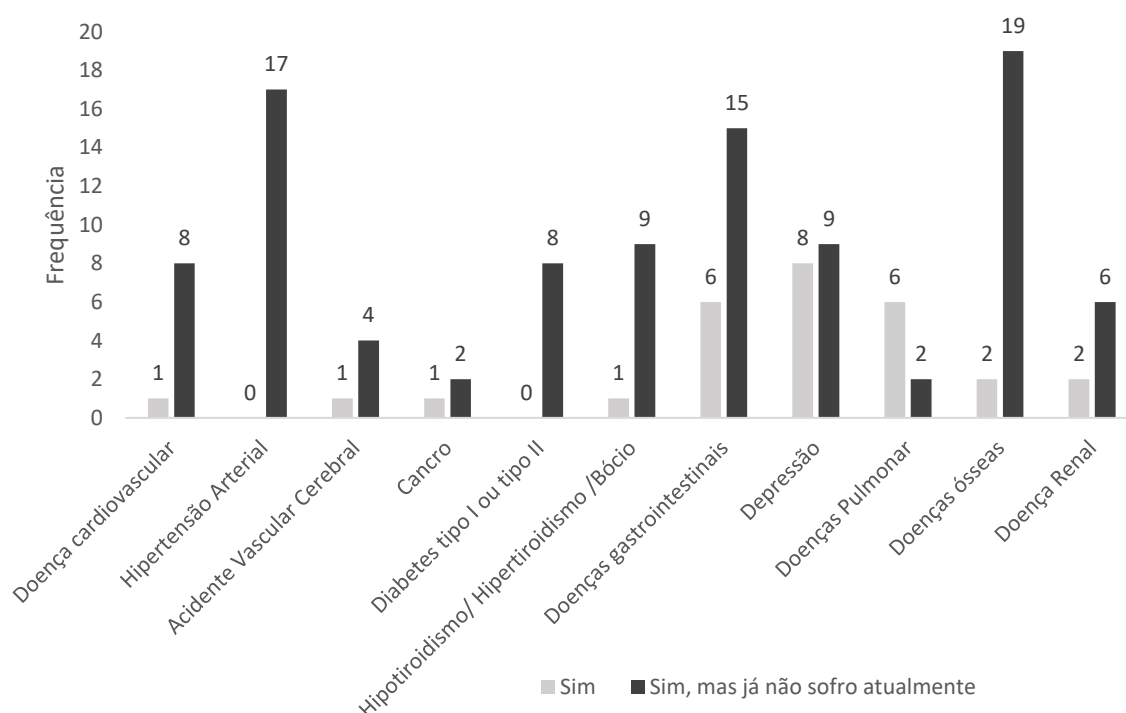


Figura 3: Frequência de determinadas doenças na população em estudo

Os dados sobre a disponibilidade de alimentos para as refeições do agregado familiar (Figura 4) indicam que a maioria dos indivíduos refere ter alimentos suficientes para fazer as suas refeições, mas não ter disponíveis os alimentos que mais gosta (74,4%). Da amostra, 30,2% refere por vezes não ter alimentos suficientes para comer e 18,6% refere haver dias em que não faz alguma das

refeições principais por escassez de alimentos. Segundo estes dados, prevê-se que mais de metade da população poderá estar em situação de insegurança alimentar (Tabela 6).

Relativamente à influência do orçamento familiar na alimentação (Figura 5), 69,8% dos inquiridos referiu viver com a preocupação de os alimentos acabarem e não possuírem dinheiro para comprar mais e 39,5% referiu que, por vezes, no final do mês já não tinha alimentos nem dinheiro para comprar mais. Adicionalmente, 30,2% dos indivíduos referiram não ter possibilidades económicas para fazer uma alimentação saudável e equilibrada e 58,1% afirmou que procurava os alimentos mais baratos sendo os mesmos saudáveis ou não, sendo que 62,8% dos indivíduos admitiu que deveria comer melhor se o orçamento familiar permitisse. O orçamento familiar foi indicado por todos os indivíduos como a principal causa para uma alimentação insuficiente e maus hábitos alimentares.

Foi encontrada uma associação direta entre o rendimento mensal bruto e as afirmações “Comemos sempre em quantidade suficiente, mas nem sempre o tipo de alimentos que mais desejamos” ($p=0,043$) e “Considero que devia comer melhor, mas o orçamento familiar não o permite” ($p=0,037$). Foi encontrada associação inversa entre o rendimento mensal bruto e a afirmação “Temos sempre os alimentos que queremos e necessitamos disponíveis” ($p=0,031$). Estes resultados demonstram que as famílias com orçamentos familiares mais baixos têm dificuldades em fazer uma alimentação saudável, variada e equilibrada e que o orçamento familiar parece influenciar a qualidade da alimentação da população em estudo. Tais resultados permitem ainda perceber que algumas famílias da população em estudo poderão estar a viver uma situação de insegurança alimentar ou em risco de experimentarem essa condição no futuro.

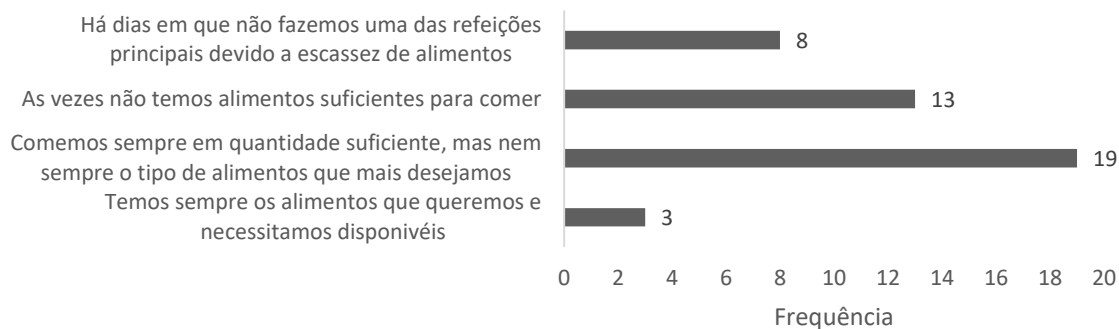


Figura 4: Disponibilidade de alimentos, em frequência absoluta, para as refeições do agregado familiar.

	Segurança alimentar	Insegurança alimentar ligeira	Insegurança alimentar moderada	Insegurança alimentar severa
n	3	19	13	8
%	7,0	44,2	30,2	18,6

Tabela 6: Caracterização da (in)segurança alimentar no base na resposta à questão 24, em frequência absoluta (n) e percentagem(%).

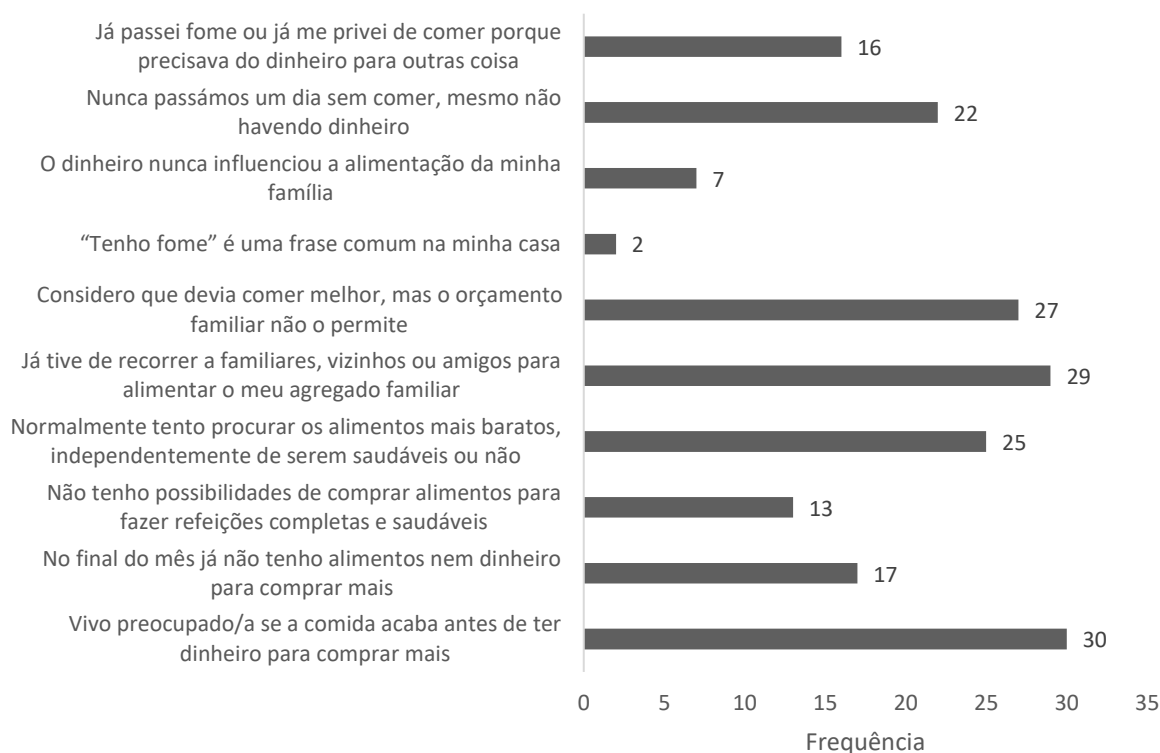


Figura 5: Influência do orçamento familiar na disponibilidade de alimentos para as refeições

Os dados relativos à atividade física evidenciam que a maioria se considera moderadamente ativa (41,9%) e desloca-se a pé no seu quotidiano (34,9%). Dos

inquiridos, 7,0% considerou-se sedentário e 25,6% referiram deslocarem-se de carro.

Discussão

No presente estudo, que abrangeu munícipes de Ovar a residir em habitação social da CMO e beneficiários de outros apoios sociais da Câmara Municipal, a amostra estudada caracteriza-se por baixa escolaridade e por uma elevada prevalência de desempregados (quase 5 vezes superior à média nacional).

Relativamente ao estado ponderal dos indivíduos, a prevalência de obesidade na amostra é superior à média nacional (22,3%)⁽¹⁴⁾. Mais de metade dos inquiridos apresentava excesso de peso/obesidade, valores superiores aos encontrados a nível nacional⁽¹⁸⁾. Estes resultados poderão ser explicados pelo baixo nível socioeconómico da amostra estudada, estando particularmente bem descrita na literatura uma associação entre baixa escolaridade e obesidade⁽¹⁹⁾. O desemprego e os baixos rendimentos podem explicar, em parte, a elevada prevalência de excesso de peso e obesidade em indivíduos depressivos que utilizam a alimentação para combater o stress e a ansiedade.

Considerando os dados relativos ao consumo alimentar, os valores obtidos para esta amostra aproximam-se dos obtidos pelo IAN-AF para a população nacional⁽¹⁴⁾. Registou-se uma baixa frequência de consumo diário quer de hortícolas, quer de fruta, o que poderá indicar que uma parte substancial desta amostra não cumpre as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) relativas ao consumo de hortofrutícolas (400g/dia)⁽²⁰⁾, pelo que deve ser promovido o consumo de sopa (dada a sua riqueza nutricional e o seu baixo custo) e o consumo de fruta em natureza como sobremesa ou parte das merendas. A amostra evidencia não

respeitar a sazonalidade dos alimentos pelo que esta deve ser promovida como forma de economizar e obter alimentos nutricionalmente mais ricos. Similarmente ao observado a nível nacional, parte da amostra poderá estar a ingerir quantidades de sal superiores ao recomendado pela OMS ($<5\text{g}/\text{dia}$)⁽²¹⁾, refletindo-se na elevada prevalência de hipertensão arterial auto reportada, também esta idêntica à média nacional⁽²²⁾. Dada a prevalência de osteopatias o consumo de laticínios deve ser estimulado, devido à sua riqueza em micronutrientes essenciais para o crescimento e desenvolvimento ósseo.

De acordo com o enquadramento socioeconómico da amostra, era previsível que a prevalência de insegurança alimentar fosse elevada. Prevalece um quadro de insegurança alimentar ligeira (44,2%), o que pode indicar que, na maioria dos inquiridos, o orçamento familiar influencia negativamente o acesso à alimentação saudável e de acordo com o desejado. Adicionalmente, 48,8% dos inquiridos apresenta graves dificuldades económicas levando a uma alimentação desequilibrada e incapaz de suprir as suas necessidades nutricionais (insegurança alimentar moderada e severa). Nestes últimos agregados devem ser treinados métodos e estratégias baseadas na gestão de alimentos, refeições e recursos permitindo uma alimentação mais inteligente. Os dados sobre insegurança alimentar encontrados na amostra assemelham-se aos valores encontrados por Gregório e colaboradores⁽¹¹⁾ no ano de 2013 e são bastante superiores aos obtidos pelo IAN-AF em 2016⁽¹⁴⁾, muito provavelmente devido à metodologia utilizada e ao facto da amostra em estudo ser propícia a este quadro.

De modo a promover hábitos alimentares saudáveis, prevenir doenças crónicas relacionadas com a alimentação e combater a insegurança alimentar e as desigualdades sociais com vista à melhoria da qualidade de vida da população mais

vulnerável do Concelho de Ovar, devem ser delineadas e implementadas estratégias tais como: Promover ações de sensibilização a todos os munícipes¹¹; Reformular o plano de treino de competências alimentares e psicossociais aos agregados familiares dos fogos sociais²³; Desenvolver um apoio ao nível da criação de hortas comunitárias²⁴; 4) Incluir apoios e benefícios no RASMO relacionados com a alimentação; Rever os cabazes sociais fornecidos pelas instituições responsáveis pelos mesmos do Concelho de Ovar e 5) Disponibilizar um serviço de “Cantina Social” num espaço de alimentação coletiva do município com o objetivo de fornecer pelo menos uma das refeições principais a indivíduos sem abrigo e a outros indivíduos carenciados²⁵.

Agradecimentos

À CMO, pela colaboração e a todos os agregados familiares que participaram no estudo, pela disponibilidade e pela experiência de vida transmitida. À professora Bárbara, pelos conhecimentos e pela colaboração na análise dos resultados.

Referências Bibliográficas

1. Instituto Nacional de Estatística I– P. *Rendimento e Condições de Vida - 2016*; 2017.
2. Graça P, Gregório MJ. Evolução da Política Alimentar e de Nutrição em Portugal e suas relações com o contexto internacional. *Rev SPCNA*. 2012;18(3):79-96.
3. EUROSTAT. People at risk of poverty or social exclusion. 2018;(atualizado em: 04 Junho 2018).
http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=t2020_50.
4. EUROSTAT. Severely materially deprived people. 2018;(atualizado em: 17 Maio 2018).
http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=t2020_53.
5. EAPN - Rede Europeia Anti-pobreza/ Portugal. Indicadores sobre a pobreza Dados Europeus e Nacionais - Outubro 201. 2017:29.
<https://www.eapn.pt/documento/577/indicadores-sobre-pobreza-dados-europeus-e-nacionais-outubro-2017>.
6. Fayers PM, Machin D. *Quality of Life*; 2007. doi:10.1002/9780470024522.
7. Wahid H, Ahmad S, Nor MAM, Rashid MA. *Prestasi Kecekapan Pengurusan Kewangan Dan Agihan Zakat: Perbandingan Antara Majlis Agama Islam Negeri Di Malaysia*. Vol 51.; 2017. doi:10.1017/CBO9781107415324.004.
8. Câmara Municipal de Ovar. Regulamento De Ação Social do Município de Ovar. 2018:1-41.
9. Carmo RM do. Um olhar sobre a pobreza: Vulnerabilidade e exclusão social

- no Portugal contemporâneo. *Sociol Probl e Práticas*. 2009;59:163-167.
10. FAO. Food security. *Policy Br*. 2006;(2):1-4. doi:10.1016/j.jneb.2010.12.007.
 11. Gregório M. Desigualdades sociais no acesso a uma alimentação saudável: um estudo na população portuguesa. 2014. <http://hdl.handle.net/10216/78274>.
 12. Uribe, Álvarez MC, Estrada Restrepo A, Summit UN, et al. Ecuador y Bolivia son casos excepcionales en reducción de inseguridad alimentaria en la región. *Soc Indic Res*. 2010;95(1):215-230. doi:10.1007/s11524-010-9491-z.
 13. Palacios JC, Olayo MG, Cruz GJ, Chávez JA. Thin film composites of polyallylamine-silver. *Superf y Vacio*. 2012;25(2):97-100. doi:10.1109/TDEI.2009.5211872.
 14. Lopes C, Torres D, Oliveira A. *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016*; 2017.
 15. Gregório MJ, Graça P, Costa A, Nogueira PJ. Perspectivas temporais e regionais da insegurança alimentar durante a crise econômica em Portugal, 2011-2013. *Saude e Soc*. 2014;23(4):1127-1141. doi:10.1590/S0104-12902014000400001.
 16. Governo de Portugal. Portugal 2020 - Acordo de parceria para o período de 2014 a 2020. 2014:1-175.
 17. Graça P, Gregório M. Estratégia para a promoção da alimentação saudável em Portugal. *Rev da Direção- Geral da Saúde*. 2015:37-41.
 18. Santos J, Kislaya I, Gaio V. _ Influência dos fatores socioeconómicos no excesso de peso e obesidade na população portuguesa em 2014. 2016:32-37.
 19. Devaux M, Sassi F, Church J, Cecchini M, Borgonovi F. Exploring the

- Relationship Between Education and Obesity. 2011;2011.
20. World Health Organization (WHO). *WHO Fruit and Vegetable Promotion Initiative*. Geneva; 2003.
 21. World Health Organization (WHO). *Guideline : Sodium Intake for Adults and Children*. Geneva; 2012.
 22. Rodrigues AP, Kislaya I, Graff-iversen S, et al. Prevalência de hipertensão arterial em Portugal : resultados do Primeiro Inquérito Nacional com Exame Físico (INSEF 2015). 2017;(2):11-14.
 23. CPLP. Estratégia de Segurança Alimentar e Nutricional da CPLP. 2015. www.cplp.org.
 24. Carney PA, Hamada JL, Rdesinski R, et al. Impact of a community gardening project on vegetable intake, food security and family relationships: A community-based participatory research study. *J Community Health*. 2012. doi:10.1007/s10900-011-9522-z.
 25. It R, Conference I. A WHO multicountry study on improving household food and nutrition security for the vulnerable. 1992:1-4.

Índice de anexos

Anexo A – Questionário	21
Anexo B – Consentimento informado.....	30

Anexo A – Questionário



Questionário de Saúde, Hábitos Alimentares e Atividade Física

Este questionário foi realizado no âmbito do acompanhamento psicossocial destinado às famílias em situação de vulnerabilidade socioeconómica, realojadas em habitações sociais, propriedade da Câmara Municipal de Ovar.

O questionário terá como foco os hábitos de ingestão alimentar, a insegurança alimentar e o estilo de vida, e visará elaborar uma caracterização inicial da população alvo, que possibilite uma posterior intervenção focada nas principais necessidades e prioridades das respetivas famílias.

Data: __ / __ / __

Código do questionário: _____

A. Caracterização sociodemográfica

1. Idade _____ anos

2. Sexo

☐ Feminino

☐ Masculino

3. Qual a sua nacionalidade?

☐ Portuguesa

☐ Outra. Qual? _____

4. Qual o seu estado civil?

☐ Solteiro/a

☐ Divorciado/a / Separado/a

☐ Viúvo/a

☐ Casado/a ou a viver em união de facto

5. Qual o seu nível de escolaridade?

☐ Sem escolaridade

☐ Ensino básico 1º ciclo (4º ano)

☐ Ensino básico 2º ciclo (6º ano)

☐ Ensino básico 3º ciclo (9º ano)

☐ Ensino Secundário (12º ano)

☐ Curso profissional

☐ Ensino superior

6. Quantos elementos integram o seu agregado familiar (contando consigo)?

- | | | |
|----------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 7 |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 8 |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 9 ou mais |

7. Tem filhos?

- ☐ Não
☐ Sim

7.1. Se sim, quantos? _____ Filhos

8. Qual dos seguintes intervalos representa melhor o rendimento mensal bruto do seu agregado familiar (incluindo vencimentos, subsídios, abonos, pensões e outros benefícios regulares)?

- | | |
|----------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Menos de 250€ | <input type="checkbox"/> 751€ -1000€ |
| <input type="checkbox"/> 251€ - 500€ | <input type="checkbox"/> Mais de 1001€ |
| <input type="checkbox"/> 501€ - 750€ | |

9. Como define a sua ocupação profissional?

- ☐ Trabalhador por conta de outrem
☐ Trabalhador por conta própria
☐ Desempregado
☐ Reformado / pensionista
☐ Outra situação

9.1. Se outra situação, qual? _____

B. Antropometria e Estado de saúde

A Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. Assim, estar saudável é sentir-se bem consigo, com a sociedade e fisicamente são!

10. Qual a sua altura? _____ cm

11. Qual o seu peso? _____ Kg

12. Considerando a sua relação peso/altura, considera que o seu peso:

- ☐ Está abaixo do adequado para a altura
☐ É o adequado para a altura
☐ Está acima do adequado para a altura

13. De um modo geral, como define o seu estado de saúde?

- ☐ Excelente
☐ Bom
☐ Razoável
☐ Mau
☐ Péssimo

14. É fumador/a?

- ☐ Não, nunca fumei
☐ Não, mas já fui fumador/a
☐ Sim, ocasionalmente
☐ Sim, diariamente

15. Sofre de alguma das seguintes doenças?

	Não	Sim, mas já não sofro atualmente	Sim
Doença cardíaca			
Hipertensão arterial			
Acidente vascular cerebral			
Cancro			
Diabetes tipo I			
Diabetes tipo II			
Hipotiroidismo			
Hipertiroidismo			
Doenças gastrointestinais			
Depressão			
Doença Pulmonar			
Artrite ou Osteoporose			
Doença Renal			

16. Tem atualmente alguma doença que o/a obrigue a cuidados de saúde regulares (medicamentos, tratamentos, consultas e análises)?

☐ Não

☐ Sim

16.1. Se sim, qual/quais? _____

17. Ao longo da sua vida tomou antidepressivos ou ansiolíticos?

☐ Não, nunca

☐ Sim, por prescrição médica

☐ Sim, porque me recomendaram

C. Hábitos alimentares e insegurança alimentar

A nossa saúde é um espelho dos nossos hábitos alimentares. Ter uma alimentação saudável está ao acesso de toda a população, desde os grupos socioeconómicos mais favorecidos aos mais desfavorecidos. Comer bem também pode significar comer barato!

18. Com base nos intervalos apresentados, com que frequência consumiu os seguintes alimentos nos últimos 12 meses?

		Nunca	<1 dia/mês	1-3 dias/mês	1-2 dias/semana	3-6 dias/semana	Diariamente	Sazonal
Cereais, açúcar e doces	Pão branco e/ou de forma							
	Pão integral e/ou de mistura							
	Tostas							
	Massa, arroz e batata							
	Cereais de pequeno-almoço							
	Bolos, pastéis e/ou folhados							
	Bolachas							
	Batatas fritas e/ou <i>snacks</i>							
	Chocolates, bombons e/ou guloseimas							
	Compotas e/ou marmelada							
	Açúcar de adição							

		Nunca	<1 dia/mês	1-3 dias/mês	1-2 dias/semana	3-6 dias/semana	Diariamente	Sazonal
Leguminosas	Feijão e grão							
	Favas e ervilhas							
	Lentilhas							
	Soja e Tofu							
Hortícolas	Alface, rúcula e/ou agrião							
	Espinafres, grelos e nabijas							
	Couve-flor e/ou couve-brócolo e penca							
	Tomate e/ou pimento							
	Cenoura e/ou abóbora							
	Pepino e ou curgete							
Fruta	Frutos exóticos (manga, papaia, abacate)							
	Frutos típicos (maça, pera, laranja, etc)							
	Fruta em calda							
	Frutos secos e oleaginosos							
Carne e derivados	Carnes vermelhas e/ou gordas							
	Carnes brancas e/ou magras							
	Produtos de charcutaria							
	Vísceras							
	Hambúrgueres e/ou almondegas							
	Salgadinhos (rissóis, croquetes, etc)							
Pescado	Peixes gordos (sardinha, salmão, atum)							
	Peixe enlatado							
	Polvo, lulas e potas							
	Ameijoas, mexilhão e marisco							
Ovos e laticínios	Ovos							
	Leite							
	Iogurtes de aroma							
	Iogurte magro e/ou queijo fresco							
	Queijos gordos							

Bebidas	Refrigerantes								
	Néctares								
	Vinho e/ou cerveja								
	Bebidas brancas e espirituais								
	Café								
Gorduras	Manteiga								
	Azeite								
	Óleo alimentar								

19. Consome sopa:

- ☐ Diariamente, ao almoço e ao jantar;
☐ Diariamente, apenas ao almoço ou ao jantar;
☐ Uma ou mais refeições por semana, mas não diariamente;
☐ Menos de uma vez por semana.

20. Consome hortícolas no prato (cozinhados ou crus) nas suas refeições:

- ☐ Diariamente, ao almoço e ao jantar;
☐ Diariamente, apenas ao almoço ou ao jantar;
☐ Uma ou mais refeições por semana, mas não diariamente;
☐ Menos de uma vez por semana.

21. Usualmente que líquidos ingere às refeições?

- ☐ Água ao natural
☐ Refrigerantes ou néctares
☐ Outro
☐ Bebidas alcoólicas
☐ Não bebo às refeições

21.1. Se outro, qual/quais? _____

22. Consome algum suplemento alimentar e/ou nutricional?

- ☐ Não
☐ Sim

22.1. Se sim, qual? _____

23. Em relação ao consumo de sal, indique a/as opções que melhor se adequa a si:

- ☐ Gosto da comida a tender ao salgado;
☐ Gosto da comida mais insossa;

- ☐ Não abduco porque não gosto da comida sem sal;
- ☐ Já tentei reduzir o consumo, mas não consegui habituar-me;
- ☐ Sei que faz mal à saúde, mas não me preocupo com o consumo;
- ☐ Preocupo-me com o seu malefício e tento evitar/reduzir a sua ingestão;
- ☐ Como não sou eu que cozinho, não controlo a minha ingestão.

24. Qual das seguintes afirmações caracteriza melhor a alimentação da sua família nos últimos 12 meses

- ☐ Temos sempre os alimentos que queremos e necessitamos disponíveis;
- ☐ Comemos sempre em quantidade suficiente mas nem sempre o tipo de alimentos que mais desejamos;
- ☐ Às vezes não temos alimentos suficientes para comer;
- ☐ Há dias em que não fazemos uma das refeições principais porque há escassez de alimentos.

25. Se a sua resposta à pergunta anterior não foi a primeira opção, por favor, indique-nos o/os motivo/os pelo/os qual/ais nem sempre a sua família tem alimentos suficientes ou os que mais aprecia.

26. Das seguintes afirmações, indique, caso existam, a/as que se assemelha/am melhor com a realidade alimentar do seu lar:

- ☐ Vivo preocupado/a se a comida acaba antes de ter dinheiro para comprar mais;
- ☐ No final do mês já não tenho alimentos nem dinheiro para comprar mais;
- ☐ Não tenho possibilidades de comprar alimentos para fazer refeições completas e saudáveis;
- ☐ Normalmente tento procurar os alimentos mais baratos, independentemente de serem saudáveis ou não;
- ☐ Já tive de recorrer a familiares, vizinhos ou amigos para alimentar o meu agregado familiar;
- ☐ Considero que devia comer melhor, mas o orçamento familiar não o permite;
- ☐ “Tenho fome” é uma frase comum na minha casa;
- ☐ O dinheiro nunca influenciou a alimentação da minha família;

- ☐ Nunca passámos um dia sem comer, mesmo não havendo dinheiro;
- ☐ Já passei fome ou já me privei de comer porque precisava do dinheiro para outras coisas.

D. Atividade física

Um estilo de vida ativo, acompanhado com uma alimentação equilibrada e saudável são condições promotoras de saúde e capazes de evitar doenças graves

27. Recordando os últimos 3 meses, considera-se uma pessoa:

- ☐ Muito ativa
- ☐ Moderadamente ativa
- ☐ Pouco ativa
- ☐ Sedentária

28. Diariamente, passa 4 ou mais horas a ver televisão ou ocupado/a com outro equipamento tecnológico?

- ☐ Não
- ☐ Sim

29. Que meio de transporte usualmente utiliza para as suas deslocações?

- ☐ Carro / motociclo
- ☐ Transportes públicos
- ☐ Bicicleta
- ☐ A pé
- ☐ Outro

29.1 Se outro, qual/quais? _____

30. Costuma praticar algum tipo de atividade física de lazer programada e de forma regular?

- ☐ Não
- ☐ Sim

30.1. Se sim, quantas sessões pratica por semana (de pelo menos 30 minutos cada) e qual a atividade? ____ sessões de _____



FIM

Em nome da equipa, agradeço a sua participação!

Anexo B – Consentimento informado



Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação

O presente estudo tem por objetivo a caracterização de Hábitos Alimentares e de Insegurança Alimentar em indivíduos socioeconomicamente vulneráveis residentes no concelho de Ovar e decorre no âmbito do estágio curricular da Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto da Estudante Catarina Alexandra Pinho Pereira. A Estudante encontra-se a realizar estágio na Divisão de Desenvolvimento Social e Saúde, sob orientação da Prof.^a Doutora Bárbara Pereira e coorientação da Dr.^a Irene Bártolo e Dr.^a Tânia Frazão.

A recolha de dados para o estudo far-se-á através da aplicação de um questionário de administração indireta, em que a entrevistadora lhe colocará as questões para resposta. Não serão recolhidos quaisquer outros dados além dos constantes no questionário. Todos os intervenientes responsáveis pela investigação garantem confidencialidade e anonimato, sendo os dados recolhidos de uso exclusivo para a presente investigação.

Ovar, 23 de março de 2018

P'ela Equipa de investigação,

De acordo com o descrito acima, eu abaixo assino este documento, consentido de forma livre, informada e esclarecida a minha participação na investigação.

Data: ____ / ____ / ____

Nome completo: _____

Assinatura: _____